

地址：台北市仁愛路四段1號
 電話：(02) 2772-5678
 傳真：(02) 2772-9965

明台信用卡綜合保險理賠申請書

〈提供本申請書並不表示本公司承認賠償責任〉

保單號碼	_____
賠案號碼	_____

持卡人姓名：		發卡銀行：		<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> AE <input type="checkbox"/> J卡 <input type="checkbox"/> _____	
信用卡有效期間： 年 月		卡別： <input type="checkbox"/> 普卡 <input type="checkbox"/> 金卡 <input type="checkbox"/> 白金卡 <input type="checkbox"/> _____		卡號：	
出生日期：	電話：(公) ☎ (宅)	行動電話： 傳真：	身分證號碼：		
地址：□□□ ☎			相關聯絡人： 電話：		
事故發生時間：		事故發生地點：		航空公司：	
出發及返國日期、時間： /			出發及返國班機號碼： /		

申請項目：(請以打☑選擇)

<input type="checkbox"/> 班機延誤	(原預定)之航空公司 / 班機號碼 / 出發日期、時間 / 出發地機場 / 有, 無交寄行李 / / / / /
	(更改後)之航空公司 / 班機號碼 / 出發日期、時間 / 出發地機場 / 到達地機場 / / / / /
<input type="checkbox"/> 行李延誤、遺失	行李托運出發地機場、航空公司 / 行李托運到達地機場、日期、時間 / 行李歸還日期、時間 / / /
<input type="checkbox"/> 旅行文件遺失	遺失旅行文件名稱：
<input type="checkbox"/> 其 他	

請詳細描述事故發生原因及事件發生過程 (包括日期、時間、地點、班機及過程)：

請求賠償明細 (如空間不敷使用, 請另以紙張列舉)

日期	消費明細	索賠金額 (幣別)	④		
①			⑤		
②			⑥		
③				總額：	

理賠金額：

本人對申請書上所載均屬實無誤並無隱瞞或不實說明等情事, 特此聲明。
 申請人簽章：

明台產物保險公司履行個人資料保護法告知義務內容

親愛的客戶，您好：

明台產物保險股份有限公司（以下稱本公司）依據個人資料保護法（以下稱個資法）第六條第二項、第八條第一項（如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項）規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

一、蒐集目的：

- (一) 財產保險 (〇九三)
- (二) 人身保險 (〇〇一)
- (三) 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務 (一八一)

二、蒐集之個人資料類別：

一般個資（包括但不限於姓名、出生年月日、身分證統一編號、護照號碼、婚姻、職業、聯絡方式、財務情況及其他得以直接或間接方式識別個人之資料，詳如相關業務申請書或契約書內容）、特種個資（病歷、醫療、健康檢查等，在法令許可範圍內者）。

三、個人資料之來源（個人資料非由當事人提供，為間接蒐集之情形適用）：

- (一) 要保人/被保險人
- (二) 司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構
- (三) 當事人之法定代理人、輔助人
- (四) 各醫療院所
- (五) 與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人

四、個人資料利用之期間、對象、地區及方式：

- (一) 期間：為本公司因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。
- (二) 對象：本公司及本公司海外分支機構、中華民國產物保險商業同業公會、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人住宅地震保險基金、財團法人汽車交通事故特別補償基金、財團法人保險犯罪防制中心、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、關貿網路股份有限公司、中央健康保險局、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關。
- (三) 地區：上述對象所在之地區。
- (四) 方式：合於法令規定之利用方式。

五、依個資法第三條規定，台端就本公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式：

- (一) 得向本公司行使之權利：
 - 1. 向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
 - 2. 向本公司請求補充或更正。
 - 3. 向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。
- (二) 行使權利之方式：以書面或其他日後可供證明之方式。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響（個人資料由當事人直接蒐集之情形適用）：台端若未能提供相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

【註】：上開告知事項已公告於本公司官網 (<http://www.msig-mingtai.com.tw/>)，如有任何問題歡迎洽詢本公司 0800-099-080 免付費客服專線。

被保險人、受益人及責任險第三人個人資料蒐集、處理及利用之同意事項 暨 病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理或利用同意書：

- (一) 本人（被保險人、要保人、受益人及責任險第三人）已收到並閱讀瞭解上述告知義務之內容。
- (二) 立同意書人（以下簡稱本人）同意 貴公司依據個人資料保護法及保險法第177條之1暨其授權辦法等規定，關於病歷、醫療及健康檢查等個人資料所為蒐集、處理或利用，除 貴公司「履行個人資料保護法告知義務內容」所列告知事項外，得於人身保險及財產保險業務範圍及其他應遵行事項管理辦法所規定之範圍內（包含轉送與有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務）為之。本人已瞭解若不同意貴公司蒐集、處理或利用前述資料，貴公司將可能無法提供本人相關人身保險及財產保險業務之申請及辦理。立同意書人併此聲明，此同意書係出於本人意願下所為之意思表示。

此致 明台產物保險股份有限公司

被保險人簽名：_____

受益人簽名：_____

責任險第三人簽名：_____

法定代理人/輔助人簽名：_____

保車駕駛人：_____

非屬上開所列，因理賠所需其個人資料之第三人簽名（如強制險請求權人）：_____

日期：中華民國 年 月 日

匯款同意書

年 月 日

保單號碼		賠案號碼	
存戶名稱		電話	
<input type="checkbox"/> 郵局	支局 局號	帳號	
<input type="checkbox"/> 銀行	銀行 分行		
存款種類	<input type="checkbox"/> 活期存款 <input type="checkbox"/> 綜合存款		
帳號	提示存摺封面影本		
險別	信用卡綜合保險		
金額 (新台幣元)	(依實際理賠金額為準)		(須與存戶名稱同一人) 收款人蓋章
本人應領之信用卡綜合保險賠款請撥入本人上列帳戶			
此致 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">本匯款扣除銀行手續費</div> 明台產物保險股份有限公司			